

### Allegato C

Questionario monitoraggio settimanale dati sanitari del minore  
**da consegnare al momento della partenza**

**Dati anagrafici del genitore/chi esercita la potestà parentale:**

Cognome

Nome

**Dati anagrafici del minore:**

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Nazionalità

Indicare se negli **ultimi 7 giorni** il minore ha avuto:

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Febbre   | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| Tosse  | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| Recente difficoltà respiratoria  | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| Perdita capacità di sentire gli odori  | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| Diarrea-vomito   | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| Mancanza di appetito   | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| Stretti contatti con con caso di COVID-19<br>sospetto o confermato (se noto) | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |

Altro da specificare

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000).

Data

Firma di chi esercita la potestà parentale

\_\_\_\_\_